46e Année. — N° 18. Vendredi 5 Mai 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Des difficultés du diagnostic dans certaines formes du cancer utérin, par le Dr Lucien Picqué, p. 273. — **Clinique médicale** : Cas grave de lithiase biliaire, par le Dr P. Bouloumié, p. 274. — **Bibliographie** : Tableaux synoptiques de diagnostic séméiologique et différentiel, p. 278. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 mars* 1899. — *Présidence de M. Empis*, p. 278. — Elections, p. 278. — Le paludisme en Puisaye, p. 278. — Bruits de peste, p. 279. — Dames gauloises, p. 279. — Myopie scolaire, p. 279. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 28 avril* 1899. — *Présidence de M. Raymond*, p. 279. — Surdi-mutité hystérique, p. 279. — Méningite cérébro-spinale avec quelques particularités rares, p. 279. — **Société de chirurgie de Paris** : *Séance du 3 mai* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 280. — Traitement de la tuberculose testiculaire, p. 280. — Ulcère du pylore formant tumeur; Gastro-entérostomie postérieure; Guérison opératoire et thérapeutique, p. 280. — Néphrotomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus, p. 280. — Gastrectomie, p. 280. — Hydronéphrose, p. 280. — Hydronéphrose sous-capsulaire, p. 281. — Suture de la clavicule, p. 281. — **Société obstétricale de France** : — 7e *session tenue à Paris les 7 et 8 avril*. — Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale, p. 282. — Traitement des accidents de la grossesse et notamment des menaces d'avortement par le massage et la gymnastique (Kinésithérapie gynécologique), p. 282. — **Nouvelles**, p. 286. — **Variétés**, p. 281.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des difficultés du diagnostic dans certaines formes du cancer utérin (1).

Par le Dr Lucien Picqué (1).

Les endométrites qui surviennent au moment ou peu après la ménopause présentent parfois avec le cancer utérin les plus grandes analogies cliniques: amaigrissement, troubles gastro-intestinaux, écoulements sanguins ou fétides, tous ces symptômes peuvent converger pour égarer le diagnostic. On comprend que dans ces conditions l'examen histologique soit indispensable pour établir la nature exacte de la lésion. Il y a quelques années, j'ai publié, sous le nom d'endométrite fétide des vieilles femmes, un cas intéressant observé avec un de mes collègues des hôpitaux, M. le Dr Josias, et où l'examen microscopique seul avait permis d'éliminer le diagnostic de cancer que nous avions primitivement porté en nous appuyant sur les symptômes objectifs. Les faits auxquels je fais allusion en ce moment sont un peu différents : ce sont bien les endométrites de la ménopause. J'en ai observé un certain nombre de cas durant ces derniers mois dans ma clientèle de ville. Je prends dans mes notes le cas le plus typique dont voici le résumé.

Madame X... 43 ans. Toujours bien réglée. Bonne santé habituelle. Depuis quelques mois, les époques sont devenues irrégulières : sans être très abondantes, elles se prolongent notablement. Elles ont une odeur fétide qu'accuse la malade. En même temps que ces troubles locaux, la malade éprouve quelques douleurs dans le ventre; la malade a vu apparaître des troubles gastro-intestinaux. L'anorexie est presque complète, la constipation opiniâtre. L'amaigrissement fait chaque jour des progrès. Prostration des forces.

A l'examen local, on constate l'intégrité du col : l'utérus est en antéflexion légère; son volume est environ le double de l'état normal.

Le médecin très distingué qui soigne la malade et moi-même pensons à la possibilité d'un néoplasme, mais il est décidé qu'avant toute intervention radicale, il sera procédé à un examen histologique.

Je pratique un curettage complet de la cavité utérine. La muqueuse est très friable et très épaissie : les fragments ramenés ne semblent laisser aucun doute sur la nature de la lésion.

L'examen histologique fut cependant négatif et je refusai dès lors de pratiquer une intervention que semblait indiquer l'ensemble des symptômes présentés par cette malade.

Actuellement elle est complètement guérie.

Voilà donc un cas, et les autres observés par moi lui sont superposables, qui montre bien que certaines formes d'endométrite, en particulier celles de la ménopause, peuvent revêtir les caractères cliniques du cancer utérin.

Dans d'autres circonstances, nous voyons le cancer évoluer sournoisement, sans que rien, ni dans l'état local ni dans l'état général, ne puisse nous renseigner sur sa présence. L'examen histologique seul peut encore nous fournir des renseignements précis.

Je désire vous signaler deux cas qui me paraissent intéressants à des titres divers.

Le 1er remonte à environ dix ans. Il s'agissait d'une

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

dame de 45 ans, atteinte de métrorrhagies abondantes et qui présentait un fibrome utérin de moyen volume remontant à environ 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Avant de procéder à une hystérectomie, je pratiquai un curettage qui amena la chute d'une petite nodosité dont l'examen histologique pratiqué à Saint-Anne par le Dr Dagonet, révèla la nature nettement néoplasique. Il s'agissait donc d'un début de néoplasie maligne dans un utérus fibromateux. L'hystérectomie vaginale suffit à la guérir, et cette guérison se maintient depuis 10 ans, fait intéressant si l'on se reporte à l'extrême fréquence des récidives.

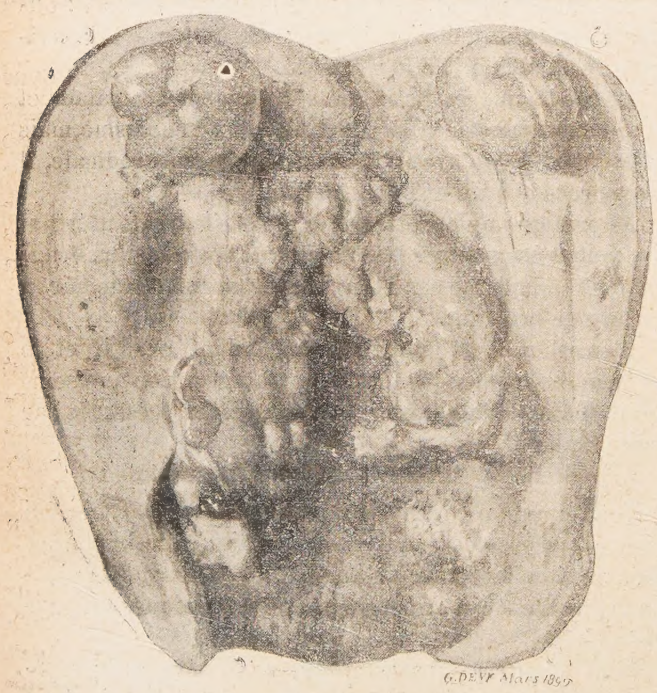
Dans un cas tout récent, il s'agit d'une malade qui m'a été adressée par mon ami le Dr Khuff, à l'hôpital de la Pitié.

La malade a des pertes abondantes. L'utérus est manifestement fibromateux.

En pratiquant le toucher intra-utérin, mon doigt arrive sur une masse un peu molle, difficile à limiter et l'examen histologique démontre nettement qu'il s'agit d'une néoplasie maligne.

Je pratique l'hystérectomie abdominale totale, et la malade est aujourd'hui guérie.

Je vous présente l'aquarelle que j'ai fait faire par notre habile dessinateur M. Dévy et qui vous montre mieux que je ne pourrais le dire les relations de la néoplasie avec le tissu utérin.



Ces deux faits auxquels je pourrais en ajouter d'autres démontrent que, parfois, même dans les affections *cliniquement* bénignes de l'utérus, il peut être utile de recourir à l'examen histologique de la muqueuse utérine. C'est en effet le seul moyen de reconnaître les formes initiales du cancer utérin qui, outre qu'elles ne présentent parfois aucun symptôme, viennent encore se greffer sur d'autres affections pour égarer le diagnostic.

C'est le seul moyen d'intervenir hâtivement et d'obtenir de longues survies, peut-être même une guérison définitive, comme chez une malade dont je vous ai rapporté l'histoire résumée.

CLINIQUE MÉDICALE

Cas grave de lithiase biliaire (1).

Par le Dr P. Bouloumié.

M. Jullien vient de vous retracer l'histoire d'un malade fort intéressant qu'il a bien voulu m'adresser à Vittel l'an dernier et me demande de compléter sa communication par quelques renseignements sur ce qui s'est passé au cours de la cure hydro minérale et quelques considérations à propos de ce cas. Je me rends d'autant plus volontiers à son invitation qu'il va me fournir l'occasion d'appeler votre attention sur quelques cas dans lesquels les choses se sont passées comme dans celui-ci, tout en répondant aux diverses questions qu'il me pose.

Diagnostic. — M. Jullien a fait un bon diagnostic quand il a porté celui de coliques hépatiques par lithiase biliaire chez notre malade, au lieu de celui de néoplasme de l'estomac, qui avait été porté antérieurement.

L'histoire de notre malade peut en effet se résumer ainsi :

Homme de 48 ans, de bonne santé habituelle, sauf les troubles digestifs avec distension et paresse gastro-intestinales; il y a dix ans environ.

Il y a dix-huit mois, douleurs brusques, violentes, dans l'estomac par transfixion, durant quatre jours et quatre nuits, fièvre, ictère consécutif. Depuis lors, à intervalles de quinze à vingt jours, réapparition des mêmes symptômes avec douleurs vives, durant de deux à sept heures et calmées par la morphine.

Depuis trois mois, réapparition très fréquente des douleurs, nocturnes surtout, nécessitant toujours l'emploi de la morphine. Subictère.

Douleurs vives dans les reins et dans les épaules, surtout à droite, exagérées au moment des crises; sables et graviers urinaires ainsi que quelques graviers biliaires constatés.

Appétit modéré, mais pas d'anorexie; alimentation très réduite par du lait et quelques œufs seulement; parfois un peu de bouillon, rien de plus depuis plusieurs semaines, en raison des douleurs que provoque toute autre alimentation. Soif vive, constipation, amaigrissement très accusé, affaiblissement progressif. A l'arrivée je constate : affaiblissement extrême rendant pénible la station debout et empêchant une marche un peu rapide ou un peu prolongée; teinte ictérique généralisée, amaigrissement très accusé. Douleurs à peu près constantes, très exagérées pen-

(1) Réponse au Dr Jullien Société de Médecine de Paris (Séance du 22 avril 1899.)

dant la nuit. Insomnie. Vésicule grosse, sensible. Rien au pylore. Pas de tuméfactions ganglionnaires.

L'examen des urines donne : coloration foncée, n° 4 à 5, granulations muqueuses en suspension, densité 1.014. Réaction acide 1 à 2 (échelle de 0 à 5), albumine 0, glycose 0, acide urique 0,560/00, urée 14 0/00. Au microscope, quelques granulations muqueuses et débris épithéliomaux peu nombreux.

Les commémoratifs, l'examen du malade, la teinte franchement ictérique consécutive aux douleurs caractéristiques, l'analyse des urines, me font rejeter l'idée de cancer de l'estomac ou de cancer du foie et m'arrêter au diagnostic de cholélithiase.

Je prescris, au réveil : infusion chaude de feuilles de boldo avec une cuillerée à bouche de glycérine en guise de sucre, puis eau de la source Marie à doses modérées et espacées de 20 minutes. Dans l'après-midi, un bain, puis eau de la source Marie, 2 doses de 150 grammes et une tasse de lait, paquets de morphine de un centigr. En prendre au besoin de 1 à 5 successivement au cas de douleurs vives pendant la nuit.

(Je fais commencer le traitement par l'eau de la source Marie plutôt que par l'eau de la source salée (plus active), ne voulant pas risquer, par l'emploi de celle-ci dès les premiers jours, le renouvellement de tentatives infructueuses d'expulsion mais chercher à obtenir celle-ci, alors que la sécrétion biliaire et l'état spasmodique des canaux cystique et cholédoque auront été suffisamment modifiés pour qu'elle puisse s'opérer régulièrement et sans douleurs inutiles).

Après trois jours, au cours desquels il n'y a pas de changement appréciable, je prescris l'eau de la source salée, au lieu de l'eau de la source Marie. Les coliques se manifestent plus violentes et plus prolongées ; je fais alors prendre, pendant l'intervalle laissé entre deux crises, un verre à Bordeaux d'huile d'olives, dans le but de faciliter l'expulsion qui paraît nettement en train. Le huitième jour de la cure un calcul est trouvé dans les selles. Deux jours après, le traitement hydrominéral étant continué et les douleurs persistant, mais de moins en moins intenses, deux calculs sont encore rendus (volume d'un très gros pois). A dater de ce jour, l'amélioration progresse rapidement, les douleurs sont très apaisées, à peu près nulles, et les fonctions digestives se rétablissent. Le sommeil, les forces et l'embonpoint reviennent, aussi le malade ne recherche-t-il plus les calculs dans ses selles. Il quitte Vittel en très bon état après trois semaines de séjour, espérant reprendre très prochainement son travail interrompu depuis dix-huit mois. J'ai eu depuis de ses nouvelles, ses espérances se sont réalisées et M. Jullien vient de vous dire quel est son état actuel.

Cette observation est certainement intéressante par elle-même, mais elle le devient plus encore, si de ce cas on rapproche des cas semblables ou analogues qui montrent qu'il ne constitue pas une exception, et que dès lors la cure hydro-minérale de Vittel peut et doit être tentée, avant de se décider à une intervention chirurgicale, alors même que certains symptômes sembleraient imposer celle-ci. J'en rapporterai sommairement quelques-uns, mais avant je répondrai aux questions posées par M. Jullien.

1° *Quel rapport peut-on établir entre les troubles digestifs de* 1889 *et la grave maladie hépatique de* 1898?

Dans le cas particulier, il est difficile de se prononcer ; car, au dire même de M. Jullien, les signes de dilatation gastrique, ainsi que les symptômes dyspeptiques traités par lui en 1889, disparaissent en trois à quatre mois et, depuis lors, puisqu'il y a dix-huit mois, c'est-à-dire pendant une période de sept ans et demi, il n'y a ni douleur, ni ictère, ni symptôme digestif quelconque. Il est donc peu probable que les calculs se soient formés à cette époque et qu'ils n'aient manifesté leur présence que si tardivement. Peuvent-ils être d'autre part considérés soit comme des symptômes de lithiase déjà existante? Non certainement, car on eût alors constaté des symptômes gastralgiques plutôt que simplement dyspeptiques ou tout au moins l'association temporaire ou passagère des douleurs aux troubles digestifs. Faut-il enfin les envisager comme des symptômes prélithiasiques de l'hépatisme, pour emprunter à notre collègue, M. Glénard, ses termes et sa théorie, je ne le pense pas non plus, car voici textuellement comment il résume les symptômes de la *prélithiase biliaire* : « crampes d'estomac, crises nerveuses, gastriques, étouffements, oppression, migraines menstruelles, vomissements, indigestion, névralgie intercostale, douleurs de l'épaule droite ; constipation ; point cholécystique sensible à la pression ; fréquemment entéroptose, etc., tous symptômes qui, chez le plus grand nombre des malades, atteints plus tard de coliques hépatiques, ont précédé pendant plus ou moins d'années la première crise ».

Je réponds donc sur ce point à M. Jullien : rien dans les symptômes constatés en 1889 ne pouvait faire penser à l'existence d'une lithiase biliaire et n'autorise à affirmer qu'il y ait une relation de cause à effet entre eux et celle-ci, car ce n'est pas ainsi que se manifestent, du moins dans l'immense majorité des cas, les troubles et symptômes digestifs, en rapport avec la lithiase biliaire.

2° *Le diagnostic différentiel entre la lithiase biliaire et le cancer de l'estomac n'est guère envisagé*, il est vrai, *dans les traités classiques* et pourtant cette observation, aussi bien que plusieurs autres à ma connaissance, montre l'intérêt qui s'attacherait à l'établir. On comprend qu'en présence de l'état de déchéance dans lequel était le malade et du siège des douleurs, on ait pu hésiter, alors que l'ictère n'était pas prononcé, entre la lithiase biliaire, un cancer du pylore, un cancer de la vésicule, un cancer de la tête du pancréas. Pour ma part, dans les cas que ne peut en aucune façon éclairer l'examen direct, je prends en grande considération l'état des ganglions, le résultat de l'analyse des urines et l'absence d'œdème. Chez notre malade, il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire, et bien qu'il s'alimentât très peu et fut très affaibli, il avait encore 14 grammes d'urée par litre, soit environ 22 grammes en 24 heures, chiffres notablement supérieurs à ceux qu'on eût trouvé chez un cancéreux s'alimentant aussi

peu et aussi amaigri et affaibli qu'il l'était. Enfin il ne présentait nulle trace d'œdème.

Pour moi, d'ailleurs, le diagnostic a été grandement facilité par ce fait qu'à son arrivée, le malade avait un ictère généralisé des plus nets, consécutif à une colique hépatique tout aussi nette. Je n'ai donc pas eu à m'arrêter à des difficultés de diagnostic différentiel qui n'existaient plus.

3° M. Jullien me demande en troisième lieu : « *Quelles sont les chances de récidive ou de guérison définitive et les moyens à employer pour sauvegarder l'avenir*? M. Jullien entend-il parler des chances de récidive des coliques hépatiques ou de la lithiase biliaire?

S'il entend parler des coliques hépatiques, je lui dirai, fort d'une expérience née de l'observation de plus d'un millier de cas, qu'il y a des possibilités pour que tous les calculs n'aient pas été expulsés et que dès lors de nouvelles coliques peuvent se produire, mais à cela j'ajouterai qu'il est très probable qu'actuellement celles qui se produiraient seraient moins intenses que celles qui se sont manifestées avant la cure et seraient plus effectives, en ce sens qu'elles seraient suivies d'expulsion de calculs ; enfin qu'il est possible, j'ai souvent observé la chose, que des nouvelles expulsions de calculs ne se produisent que sous l'influence de la reprise du traitement.

Si M. Jullien entend parler de récidive de la lithiase, c'est-à-dire d'une production nouvelle de calculs biliaires, je ne crois pouvoir lui répondre que ceci : après des cures hydro-minérales régulièrement suivies et généralement répétées pendant deux à trois quelquefois quatre saisons successives, secondées par quelques cures à domicile et des précautions hygiéniques, je ne vois pas de récidives ou du moins je n'en ai vu que très exceptionnellement et voilà pourtant 25 ans que j'exerce à Vittel. Pendant cette période bien des récidives auraient pu se produire et les malades qui s'étaient bien trouvés de leurs cures lors d'une première atteinte y auraient sans doute eu recours à nouveau à l'occasion d'atteintes ultérieures. A moins donc d'admettre que de nouveaux calculs se soient formés chez eux et que dès lors ils soient restés dans le vésicule sans provoquer de coliques hépatiques (ce qui certainement se produit souvent chez les personnes âgées, les autopsies hospitalières en témoignent), il faut penser que la vésicule débarrassée de ses calculs n'en a pas reproduit, pas dans l'immense majorité des cas du moins. Je peux donc dire à M. Jullien : Il y a des chances nombreuses pour que notre malade, débarrassé de ses calculs, n'en reproduise pas ou tout au moins ne soit pas repris des accidents de la lithiase.

Quant aux « moyens à employer pour sauvegarder l'avenir », je mets en première ligne la succession à un an d'intervalle de plusieurs cures de Vitel, trois en général; l'usage à domicile soit d'eau de la source salée de Vittel soit d'eau de Vichy (suivant les cas), tous les mois pendant dix à quinze jours de suite et le régime. En seconde ligne : les bains alcalins, les frictions et, s'il y a lieu, les laxatifs, cholagogues, de préférence certains balsamiques, les diurétiques. Parmi ces moyens ceux que j'emploie le plus souvent sont, suivant les cas et les circonstances, tantôt un mélange de benzoate et salicylate de soude et extrait de fiel de bœuf, parfois avec association soit d'evonynime, soit de calomel ; tantôt l'huile de Harlem ou de genevrier ; tantôt l'éther amyl-valérianique, assez souvent l'infusion de boldo, avec de la glycérine en guise de sucre, etc. Je recommande enfin à mes malades d'éviter tout refroidissement, toutes les fatigues et les émotions évitables, de bien régler leurs heures de repas autant que de surveiller leur alimentation et de restreindre le plus possible l'usage des boissons alcooliques.

M. Jullien dit enfin : « *Avant de recourir à l'intervention sanglante, quand il n'y a pas infection des voies biliaires, il faut avoir épuisé les ressources de la thérapeutique hydro-minérale, qui sont parfois extraordinaires.* » Je suis absolument de son avis ; j'ajoute même que, dans un certain nombre de cas, l'infection siégeant dans les canaux biliaires intra-hépatiques, la cure hydro-minérale fournit une précieuse ressource thérapeutique, là où la chirurgie ne pourrait utilement intervenir. Quelques observations choisies comme types de séries plus ou moins nombreuses montrent, sous ses aspects multiples, le bien fondé de la proposition de M. Jullien et de celle que j'y ajoute ; je me contenterai d'en rapporter deux et d'en rappeler quelques autres.

Obs. n° 486, 1898. — M. X..., 41 ans, arrive à Vittel le 16 août. Grand-père paternel hépatique.

Santé habituelle bonne; voies digestives un peu délicates susceptibles.

Antérieurement : pituites fréquentes imputées au tabac.

Plusieurs fois maux de reins, il y a trois ans; urines non observées.

En janvier 1897, crampes d'estomac, douleur hépatique, constatation d'engorgement du foie : huit jours de maladie avec 1 vomissement. Depuis lors, rien ou peu s'en faut, jusqu'il y a deux mois.

Il y a deux mois : nouvelle atteinte ; crampes, fièvres, ictère, augmentation de volume du foie, coliques hépatiques de plus en plus répétées et de plus en plus violentes, à intervalles variant de dix jours à un jour, depuis le début, à peu près quotidiennes et subintrantes depuis quinze jours.

Recrudescence de l'ictère après chaque crise.

Douleurs dans les jambes et à la nuque au début de la crise actuelle ; rien dans les épaules.

Appétit nul. Digestion difficile, douloureuse, constipation.

Urines : foncées, verdâtres, 5 ; limpides, pas de dépôt. Densité 1022. Ac. 2—3 ; 0 alb. ; 0 glyc. ; urée 28—10.

Examen : augmentation de volume du foie et de la vésicule, sensibles au toucher.

Amaigrissement de 22 kilos en deux mois.

Prescription : source Marie d'abord et plus tard source salée. Bains, applications hydrothérapiques locales.

Le 17. Colique hépatique : 3 heures de durée.

Le 20. Coliques violentes arrêtées par morphine, après trois heures de durée. Entre ces deux crises, urines limpides pour la première fois depuis trois mois. Urines très colorées en général.

Le 23. Coliques hépatiques.

Le 24. Grande colique jusqu'au 25 (vingt heures), atténuée mais systématiquement non arrêtée par morphine ; ictère très prononcé.

L'engagement des calculs paraissant certain, administration d'un verre à bordeaux d'huile d'olive les 25 et 27 pendant les rémissions.

Le 28. Selles vertes abondantes avec cristaux très nombreux, brillants, verts émeraude.

Le 29. Gros calcul.

Le 31. Expulsion sans douleur d'un calcul gros comme une grosse noisette. Depuis lors, bien-être. Appétit développé.

Digestion bonne.

Selles laxatives.

Urines limpides, claires. Rétablissement rapide permettant au malade de chasser et de reprendre sa vie habituelle.

L'état de ce malade se rapprochait beaucoup de celui du malade de M. Jullien; le hasard les avait aussi rapprochés, ils habitaient le même hôtel et quand le premier se désolait de ses souffrances, ce dernier lui disait : « Regardez-moi, j'étais comme vous, bien plus malade même que vous. »

Au même moment se trouvait à Vittel un de nos confrères aussi marqué par l'ictère, aussi atteint par les douleurs hépato-cystiques et aussi amaigri par les deux précédents, mais ayant un peu plus souvent qu'eux cette forme de fièvre qui témoigne d'une infection s'exagérant à l'occasion de l'obstruction biliaire. Chez lui aussi les résultats de la cure ont été très favorables :

Obs. nº 385, 1898. — M. X... docteur en médecine, 37 ans, arrivé à Vittel, le 3 août. Pas d'hérédité.

Troubles dyspeptiques, à 27 et 30 ans.

A 30 ans, coliques hépatiques, 6 crises en deux ans, avec ictère. Cures à Vichy en 1892 et 1893, puis deux autres en 1896 et 1897. Après les deux premières, amélioration durant un an. Mauvais résultats des deux dernières : affaiblissement consécutif avec perte d'appétit, augmentation de volume du foie, ictère et fièvre.

Pendant deux ans, fièvre tous les huit à dix jours avec douleur et subictère jusqu'il y a dix mois.

Depuis lors, poussées cholécystiques tantôt avec fièvre, tantôt sans fièvre, mais toujours avec malaise, courbature, subictère, durant deux jours; puis amélioration progressive jusqu'à disparition à peu près complète de l'ictère, puis nouvelles poussées subintrantes; appétit médiocre, digestion mauvaise, flatulences, accablement, constipation; état neurasthénique.

Démangeaisons depuis un an, très accusées pendant la nuit. Insomnies.

Examen : Teint ictérique verdâtre. Amaigrissement de 7 kilos. Foie : lobe gauche développé, vésicule augmentée de volume, sensible.

Rein droit : abaissé, sensible.

Rate : un peu développée.

Cœur : bruits auriculo-ventriculaires métalliques. Choc un peu exagéré, pas de souffle.

Urines : limpides; densité 1021; albumine 0; glyc. 0; pas d'excès d'extract. 0; ac. urique?;matières colorantes biliaires ; urée 24,60; quelques petits cristaux uriques colorés.

Le 4 et le 5, maux de reins violents; sensations douloureuses au creux épigastrique. Recrudescence d'ictère, accès de fièvre le 5 dès la soirée. Aujourd'hui, mieux être, digestions bonnes (antérieurement mauvaises depuis trois semaines).

Le 9 et le 18, fièvre, sensibilité hépatique; tuméfaction du foie, recrudescence immédiate de l'ictère sans décoloration des sellles.

Selles verdâtres.

Entre les crises, et depuis, état satisfaisant.

A la date du 22 mars, je reçois du malade la lettre suivante :

... « Je vais beaucoup mieux qu'au mois d'août dernier et sans la besogne écrasante à laquelle je suis assujetti tous les jours, je serais certainement mieux encore.

« Je suis de beaucoup moins jaune, je n'ai plus que rarement la fièvre, j'ai à peu près repris mon poids normal, c'est-à-dire de 6 à 7 kilog. que j'avais perdus. Mon foie est moins volumineux.

« Cependant, de temps en temps, j'ai (et cela périodiquement) de petites poussées de subictère, mais elles sont infiniment plus courtes que celles de l'année dernière. Elles se reproduisent sans la moindre douleur...

« ... Je compte sur une nouvelle cure pour me rétablir, etc. »

Pour ne pas prolonger cette communication, je m'arrête à ces observations, bien que nombreuses soient celles qui se présentent à ma mémoire et pourraient appuyer nos idées; je me contente de rappeler ici celles que je vous ai rapportées en 1896 et qui montrent quelle a été l'action favorable de la cure à Vittel dans des cas où de gros calculs biliaires, spontanément rendus peu après, sans accidents, auraient pu légitimement faire songer à une intervention chirurgicale.

J'appuie donc en toute conviction la conclusion de M. Jullien en ce qui concerne la nécessité de recourir à une cure thermale avant de se décider à une intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, toutes les fois que l'urgence de cette intervention n'est pas imposée, par des accidents d'infections spécialement, et j'ajoute, fort de mon expérience, qu'en pareil cas la cure de Vittel me paraît plus indiquée que la cure de Vichy. En effet, la cure de Vichy calme beaucoup plus directement que celle de Vittel les symptômes dyspeptiques et autres qui masquent la lithiase biliaire ou la caractérisent ; la cure de Vittel me semble agir beaucoup plus activement que la cure de Vichy pour amener la guérison par expulsion des calculs. Je reconnais à Vichy des indications beaucoup plus nombreuses que celles de Vittel

dans les maladies du foie, et volontiers je dirais à notre collègue, M. Glénard : « La cure de Vichy est indiquée dans toutes les maladies chroniques de l'hépatisme, quelle que soit la cause, quelle que soit la phase de cet hépatisme, tant que la cellule hépatique n'est pas gravement compromise »; mais je crois devoir affirmer mon opinion, basée sur un grand nombre d'observations, en ce qui concerne le traitement curatif de la lithiase biliaire.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques de diagnostic séméiologique et différentiel à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr Coutance, ancien interne des hôpitaux, Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Les nouveaux tableaux synoptiques de diagnostic sont rédigés par le Dr Coutance dans le même esprit pratique que leurs aînés. L'auteur a tenu à faire un livre essentiellement clinique dont il a écarté tout ce qui peut avoir un caractère théorique ou d'ordre purement scientifique. Ce memento met en relief seulement les caractères cliniques qui permettent de reconnaître, après un examen parfois rapide, l'affection du malade qu'on examine.

Ces tableaux comprennent : 1° le diagnostic des maladies par organes ; 2° la séméiologie générale.

Pour le diagnostic des maladies par organes, le plan est uniforme à quelques exceptions près pour chaque tableau qui se divise en deux parties : l'une, le diagnostic séméiologique ou étude des signes des maladies; l'autre, le diagnostic différentiel, où sont énumérés les signes dissemblables de l'affection étudiée avec les affections voisines.

La première partie ou diagnostic séméiologique se subdivise elle-même. M. Coutance a étudié d'abord les signes fréquents qu'on rencontre presque toujours, en commençant par les signes importants qu'on doit toujours rechercher sans se laisser arrêter par des symptômes légers ou fugaces; puis les signes secondaires qui permettent de faire le diagnostic ou d'établir les formes bénignes et frustes des maladies. L'ouvrage passe alors en revue successivement les signes fonctionnels donnés par l'interrogation du malade, les signes physiques fournis par l'examen direct, les signes généraux très importants surtout pour le pronostic, les signes terminaux et de convalescence.

L'auteur mentionne ensuite, sous d'autres accolades, les signes particuliers qui créent des formes plus ou moins nombreuses des maladies, et ces signes compliquant l'affection qui aggravent parfois subitement le pronostic.

Dans la deuxième partie du diagnostic différentiel l'ordre suivi est analogue. On trouvera d'abord les affections les plus communes avec lesquelles on peut confondre la maladie étudiée, puis les affections plus rares avec leurs signes de ressemblance et de dissemblance.

La séméiologie générale comprend la liste des maladies différentes où l'on rencontre un même symptôme important; l'exposé des maladies à nom propre, des grands syndrômes et des grandes lois. Ce dernier exposé a été fait par ordre alphabétique, seul possible avec la multiplicité abusive des dénonciations à nom propre données à nombre de maladies. Ces tableaux synoptiques seront très utiles à l'étudiant comme au praticien pour se rappeler rapidement un diagnostic et soulager la mémoire en gagnant du temps.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1899. — *Présidence de* M. Empis.

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Déjerine, Hutinel, Letulle et Vaillard dans la section d'anatomie pathologique, de MM. Bardet, Ducastel, Sevestre, dans la section de thérapeutique, de M. Ehlers, de Copenhague, au titre de correspondant étranger.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Pour la première place sur 74 votants, majorité 38, M. Doyen (d'Uriage), est élu par 63 voix contre 4 données à M. Pamard (d'Avignon), 3 à M. Pierret (de Lyon), 2 à M. Heurteaux (de Nantes), 1 à M. Henriot (de Reims), et 1 à M. Paulet (de Montpellier).

Pour la seconde place, sur 77 votants, majorité 39, M. Pamard est élu par 55 voix, contre 14 données à M. Heurteaux, 6 à M. Henriot et 2 à M. Paulet.

Le paludisme en Puisaye. — M. le Dr Roché (de Toney, Yonne) lit une communication intitulée : *Les maladies qui se transforment et les maladies qui s'en vont. Le paludisme en Puisaye.* La pneumonie franche disparaît et l'on voit en échange des congestions pulmonaires, de ces demi-fluxions de poitrine dans lesquelles une grande partie des symptômes jadis classiques font défaut ; on observe bon nombre de pneumonies infectieuses. De même le goître des jeunes filles ne se rencontre plus. Les fièvres intermittentes, autrefois fréquentes dans l'Yonne, disparaissent également. Ce que M. Roché veut surtout signaler aujourd'hui, c'est la disparition du paludisme dans le Puisaye (jonction des trois départements de l'Yonne, de la Nièvre et du Loiret), région humide et très marécageuse dont le sous-sol est presque partout argileux. Jusqu'en 1870, le paludisme régnait en maître dans ces contrées, c'était la maladie dominante. Le Dr Legendre (de Bleneau), à son arrivée dans ce pays en 1850, avait sur 10 malades 8 paludiques. La forme dominante était le type tierce (91 cas sur 105), puis venait le type quarte, puis le double quarte, le double tierce était le plus rare. La statistique pourrait se grossir en énumérant les névralgies intermittentes, quelques névralgies intercostales, puis les fièvres intermittentes ou pseudo-continues. Le sexe masculin était le plus souvent atteint.

Depuis 1870 la maladie a complètement disparu. On a créé des lignes de chemins de fer, ouvert des routes nou-

velles; quelques terres ont été drainées, les habitations sont plus saines, le paysan se nourrit un peu mieux, mais ces causes ne sont pas suffisantes pour expliquer la disparition complète du paludisme, car il y a toujours de nombreuses mares et on les cure comme par le passé. M. Roché ne peut qu'apporter des hypothèses qui ne sauraient donner une solution satisfaisante de la question.

Bruits de peste. — M. Léon Colin, sur une invitation de M. Le Roy de Mericourt, fait justice des bruits qui auraient donné la peste comme existant à Paris et comme ayant pris sa source dans les magasins du Bon Marché, par le fait de l'arrivage de tapis d'Orient. Ces bruits sont purement dus à la malveillance et n'ont absolument aucun fondement réel.

Dames gauloises. — M. Pinard fait un rapport très enlevé sur une communication de M. Pecker (de Maules), relatif à la création dans chaque mairie d'une armoire destinée à contenir les sacs maternels pour venir immédiatement en aide aux femmes qui abordent sans aucune arme le champ de bataille de la maternité.

Myopie scolaire. — M. Motais (d'Angers) a fait le relevé de la réfraction des yeux des élèves d'un lycée. Il est arrivé à cette conclusion que le nombre des myopes est d'environ 48 0/0; ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés en Allemagne par Cohn, mais si la myopie est moins fréquente en France, cela lui paraît tenir surtout à ce que l'instruction en Allemagne est plus répandue et surtout répandue depuis plus longtemps qu'elle ne l'est en France.

Il serait désirable d'organiser dans les établissements d'instruction secondaire des inspections qu'on renouvellerait tous les deux ans ; on pourrait ainsi diagnostiquer la myopie spasmodique qui est trop souvent le prélude de la myopie vraie,

M. Gourfein (de Genève) lit un travail sur le pouvoir bactéricide des larmes.

A 4 heures et demie la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1899. — Présidence de M. Raymond.

Deux cas de guérison de surdi-mutité hystérique. — M. Antony rapporte l'observation de deux militaires guéris d'une surdi-mutité hystérique qui avait un instant fait penser à la possibilité d'une lésion cérébrale grave.

La première guérison fut constatée chez l'un de ces malades (Italien de la légion étrangère), le 3 avril au matin; l'autre malade, un Breton, ne recouvra l'usage de ses sens que le 24 avril.

Les procédés employés furent identiques chez les deux et comme il est interdit aux médecins militaires de se servir de l'hypnotisme, l'exposé de la méthode suivie ne saurait paraître superflue.

L'Italien était un homme fort intelligent; il fut astreint à un traitement électrique très régulièrement appliqué; tous les matins on le soumettait pendant quelques instants à l'action de l'électricité statique et des étincelles étaient tirées de la partie antérieure du cou. Puis on électrisait les oreilles, en plaçant le pôle positif sur la nuque et les réophores négatifs au niveau des oreilles; le courant galvanique fut progressivement porté jusqu'à 15 milliampères. Il importe d'ajouter que cette thérapeutique fut, au début, absolument sans effet; elle ne donna de résultats qu'ultérieurement et au fur et à mesure des progrès réalisés par la rééducation du malade.

Après plusieurs séances, le sujet parvient à prononcer les lettres *a* et *o* à voix basse; quand toutes les lettres furent sues, on passa à la prononciation des syllabes; ces progrès acquis, on commença l'éducation de l'ouïe; mais on se heurta au début à une mauvaise grâce évidente; on persista néanmoins, et, après plusieurs séances, le malade parut ressentir une impression analogue à celle d'un souffle, puis comme des vibrations; enfin, les progrès furent plus rapides, et au bout d'une dizaine de jours, il fut à même de répéter des mots de deux syllabes. Quelques jours plus tard, le 3 avril, le malade recouvra toute l mémoire et désormais il entendit et parla sans difficulté.

L'histoire de l'autre sujet est très analogue à la précédente; il fut, lui aussi, traité par l'électricité et les leçons de prononciation.

Méningite cérébro-spinale avec quelques particularités rares. — M. Netter, dans une autopsie de méningite cérébro-spinale type, chez un enfant, a constaté ce fait intéressant que le ganglion de Gasser, du côté correspondant à celui qui était le siège d'un herpès facial intense, baignait dans le pus. Le ganglion de l'autre côté n'avait absolument rien. Dans ce cas, le seul micro-organisme trouvé était le *staphylococcus pyogenes aureus*. M. Netter se réserve de revenir ultérieurement sur cette constatation. Il a, du reste, quelques autres cas analogues au point de vue bactériologique, mais ces sortes de faits sont très rares.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Tuffier. L'ablation du testicule ne peut guère être défendue que dans les cas de douleurs, d'affaiblissement général du sujet dû à la tuberculose testiculaire.

Dans tous les autres cas, fistules, etc., c'est à l'intervention partielle que l'on doit avoir recours.

Ulcère du pylore formant tumeur. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire et thérapeutique. — M. Hartmann fait un rapport sur le fait présenté par M. Mauclaire. Il s'agissait d'une malade souffrant depuis deux ans, d'une maigreur extrême, et présentant une tumeur soulevée par les battements de l'aorte au niveau de l'épigastre. La laparotomie montra une tumeur du volume du poing, on fit la gastro-entérostomie postérieure. La malade guérit, augmenta de poids pendant que la tumeur diminuait et avait disparu au bout de six mois. Il s'agissait donc d'un ulcère et non d'un cancer. Chez la femme en question, il n'existait aucune inflammation périgastrique qui, presque toujours, est l'origine de la tumeur dans les cas d'ulcère.

Le traitement médical, chlorate de potasse, a pu guérir certains cas d'ulcères, mais dans le fait particulier la gastro-entérostomie était parfaitement indiquée.

Celle-ci suffit et il n'est dans ce cas nullement nécessaire de recourir à la pylorectomie.

Le procédé de M. Mauclaire de suture simple, séro-séreuse, muco-muqueuse, me paraît le plus rationnel.

M. Quénu. Il peut arriver que la gastro-entérostomie soit suivie au bout d'un certain temps d'hémorrhagie grave. M. Monprofit me citait, il y a quelque temps, un fait de cette nature.

J'ai eu moi-même un malade chez lequel Faisans, Chauffard avaient diagnostiqué cholécystite. Je fis la laparotomie qui me montra une adhérence de la vésicule et de l'estomac, qui avait ouvert l'estomac. Je me contentai de faire une suture. Le malade a guéri. Il n'y a plus eu d'hématémèse, pas de récidive.

Néphrotomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus. — M. Broca fait un rapport sur une observation présentée par M. Chavanaz (de Bordeaux). Chez une malade atteinte de cancer de l'utérus, l'anurie était complète, et M. Chavanaz put obtenir une survie de 5 mois à la suite d'une néphrotomie qui détermina une fistule lombaire.

Gastrectomie. — M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. J. L. Faure. La malade, âgée de 41 ans, était depuis sa jeunesse atteinte de dyspepsie et présenta les premiers symptômes du cancer de l'estomac au mois de février. L'opération fut menée de la façon suivante : Limitation de la tumeur, excision de l'estomac au-dessus et au-dessous, puis gastro-entérostomie. La malade guérit mais les parties réséquées étaient tellement considérables que la malade ne pouvait se rassasier et mangeait toutes les deux heures.

Toute opération sur l'estomac et l'intestin doit être une opération exploratrice aussi longtemps que possible, c'est-à-dire sans que la cavité soit ouverte. La seconde partie de l'opération devant être raccourcie au maximum.

M. Faure propose de mettre une ligature au dessus de la lésion sur l'estomac, une au-dessous sur le duodénum et, dit-il, on peut ainsi être tranquille pendant tout le temps opératoire. Je ne pense pas le moyen pratique pour l'estomac mais excellent pour l'intestin.

Dans les estomacs hypertrophiques, la paroi est trop épaisse pour pouvoir employer son moyen ; dans les estomacs atrophiques peut-être pourrait-on le faire, mais exceptionnellement.

Sur l'intestin le procédé est bon, et dans un cas de résection pour tuberculose intestinale je l'ai essayé et il m'a donné le meilleur résultat avec grande facilité.

Hydronéphrose. — M. Kirmisson. Un jeune enfant de 12 ans entrait dans mon service pour accidents analogues à des coliques néphrétiques et du côté de la région lombaire gauche. Les accidents se renouvelaient surtout après un voyage en chemin de fer, en voiture. Une tumeur existait au niveau de la région du rein gauche. Je pensai à l'hydronéphrose calculeuse. Je fis la néphrotomie. Incision classique qui me mène sur une poche mince, bleuâtre, au niveau de la paroi periviscérale. La ponction donne de l'urine claire et limpide; la poche vidée on trouve dans son intérieur le rein que je me doutais bien être l'origine de l'hydronéphrose externe. J'incisai le rein, je l'explorai et ne trouvai aucune espèce de calcul. L'enfant est en bonne voie de guérison.

Cette forme d'hydronéphrose me semble rare et c'est pour cela que je la présente.

Hydronéphrose sous-capsulaire. — Présentation des pièces par M. Albarran.

Suture de la clavicule. — Présentation du malade par M. Schwartz.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7e Session tenue à Paris les 7 et 8 avril.

Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale. — M. Macé (Paris). Le traitement de la septicémie puerpérale a été fait au moyen de trois méthodes principales : *a*) par les antithermiques (sulfate de quinine, antipyrine) et nous ne trouvons que Munde qui ait préconisé d'une façon absolue l'antipyrine ; *b*) par la méthode réfrigérante ; *c*) par des injections de sérums artificiels.

Disons tout de suite que ces sérums, dans la majorité des services où ils ont été employés, sont abandonnés aujourd'hui. Cela tient à ce que les résultats cliniques fournis par le sérum de Marmorek ont été défectueux, et à ce que l'Institut Pasteur, d'où nous est venue cette méthode, reconnaît aujourd'hui qu'elle n'a pas été présentée et fournie dans des conditions irréprochables au point de vue rationnel.

Il ne nous reste donc pour le moment que la méthode de la réfrigération qui, mise en honneur à peu près à la même époque, a été étudiée et préconisée à l'étranger par Playfair (1877), G. Thomas, Mapeir, Byers, Oleauser, Osterloh, Schroder, Spiegelberg, Runge, Swiecciki et en France par l'école de Lyon, Vincent, Chabert, Jussau, à Paris par Stolz et nous-mêmes.

La réfrigération a été administrée sous forme de lotions, de draps mouillés et de bains. Les deux premiers moyens ont été abandonnés comme insuffisants. Il ne nous reste que la méthode des bains.

Nous ne nous arrêterons pas à en fournir les indications, ni le manuel. Tous ces détails sont exposés dans un article publié par nous en 1894 dans les *Archives de tococologie et de gynécologie* et dans le Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris de la même année. Nous ne voulons retenir de ces articles que les deux contre-indications à la balnéation que nous formulions à cette époque, la phlegmatia alba dolens, et la péritonite.

La phlegmatia alba dolens est une contre-indication absolue, admise par tous, et Runge, qui avait baigné une malade atteinte de cette complication ne l'a fait qu'une fois et encore recommande-t-il de ne plus avoir recours à cette méthode dans un cas semblable. Stolz est le seul qui préconise les bains dans les cas de péritonite Tous les accoucheurs reconnaissent actuellement l'inutilité d'une pareille thérapeutique.

A ces deux contre-indications que nous établissions en 1894, nous voulons en ajouter une troisième aujourd'hui. C'est celle que l'on tire de l'examen du cœur et des manifestations pathologiques que la septicémie puerpérale détermine sur la fibre cardiaque.

Dans un cas de septicémie, vous pouvez avoir un cœur qui se contracte faiblement, mais sûrement et régulièrement. Le pouls est mou, dépressible. Avec des injections de caféine et les bains vous en relevez l'énergie et vous n'avez rien à craindre.

Dans d'autres cas, vous pouvez avoir affaire à un cœur dont l'irrégularité est grande, non seulement au point de vue du rythme, mais encore au point de vue de l'intensité de la pulsation. A un degré plus avancé, vous trouverez des sons pas très nets. Ces cas relèvent d'une myocardite secondaire, et provoquée par l'action de la septicémie sur

la fibre cardiaque. Vous n'arrivez pas à modifier complètement le cœur avec la caféine, la spartéine ou le strophantus, et je considère qu'il est dangereux d'employer les bains dans ces cas. On va de propos délibéré au surmenage physique et fonctionnel d'un cœur malade, et à la syncope.

Ce sont ces considérations qui ressortent de l'examen d'un cas que l'auteur a eu l'occasion de traiter et dans la thérapeutique duquel il a été forcé de suspendre les bains à cause des manifestations intenses que l'infection avait provoquées du côté du myocarde.

M. Fochier, de Lyon. Au point de vue du traitement par la balnéation froide, la fièvre pnerpérale ne peut être absolument identifiée avec la fièvre typhoïde, par exemple. Les résultats obtenus par ce moyen thérapeutique dans la septicémie puerpérale ne sont pas très encourageants. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'abaisser la température; il faut encore relever les grandes fonctions de l'organisme. Dans beaucoup de cas, cependant, on peut se trouver bien des bains froids ; mais je ne donne jamais de bains au-dessous de 24°. J'applique la balnéation froide quand les urines diminuent.

Le traitement que j'ai préconisé — je veux parler des abcès de fixation — peut réussir dans bon nombre de cas de septicémie puerpérale. Mais il n'est pas toujours suffisant. Parfois, on se trouve bien d'associer des bains froids et les abcès de fixation. Dans un cas que j'ai pu observer de fièvre puerpérale grave, j'avais d'abord essayé de produire 3 abcès, sans pouvoir obtenir de suppuration ; le cœur était mauvais, le pouls incomptable. Je donnai à la malade des bains à 27° ; elle se mit à uriner ; le pouls devint meilleur et les abcès se mirent à suppurer, et chose particulière, dans l'ordre inverse à celui dans lequel ils avaient été produits.

En somme, la balnéation froide possède des indications incontestables, mais elle agit, non sur l'élément thermique, mais sur les éléments cardiaques et rénaux.

M. Charles, de Liège. Le traitement de la fièvre puerpérale est des plus difficiles et des plus compliqués. Tous ont donné des succès : tous peuvent échouer.

Ce qu'on doit retenir, c'est que le traitement local utérin ne doit pas être négligé.

Le traitement par les bains froids ne s'adresse pas seulement à l'élément thermique. La balnéation stimule le système nerveux, le cœur et les autres grandes fonctions de l'organisme. En somme, grâce aux bains froids, l'organisme est placé dans un état tel qu'il peut résister à l'envahissement microbien.

J'ai expérimenté le traitement de M. Fochier, par les abcès de fixation ; ils ne m'ont pas donné de bons résultats.

Les injections antistreptococciques semblent constituer le traitement le meilleur au point de vue théorique. Pourtant, en pratique, ce traitement n'est pas toujours efficace. On le comprend d'aillleurs, quand on songe que le streptocoque n'est pas le seul agent pathogène de la septicémie puerpérale et d'autre part que le streptocoque présente de nombreuses variétés. M. Denise, de Louvain, décrit 15 variétés différentes de streptocoques pouvant provoquer la septicémie puerpérale. Cet auteur a fabriqué un sérum antistreptococcique, qu'il appelle sérum multivalent, composé avec les différentes variétés de streptocoque. Ce sérum s'emploie à fortes doses, à l'inverse du sérum de Marmoreck. Or, le sérum de Denise semble donner de bons résultats.

Il y a quelque temps, M. Hubert (de Louvain) a communiqué à l'Académie de Bruxelles 4 cas graves de septicémie puerpérale guéris par le sérum de Denise. Dans un cas personnel, nous avons eu un insuccès.

En somme, s'il est bon de guérir la fièvre puerpérale, mieux vaut encore essayer de l'éviter.

Traitement des accidents de la grossesse et notamment des menaces d'avortement par le massage et la gymnastique (Kinésithérapie gynécologique). — M. Stapfer (Paris). Je traite avec succès les menaces d'avortement soit par la gymnastique seule, soit par le massage associé à la gymnastique, depuis plusieurs années. Ma statistique indique que les femmes devenues enceintes au cours du traitement kinésique ont toute chance de voir leur grossesse évoluer jusqu'à terme si elles persévèrent dans le traitement. Celles qui l'abandonnent sont plus exposées aux fausses couches. Les hémorrhagies pourront être combattues avec succès par la gymnastique seule ; mais quelquefois il faut y joindre le massage.

Celui-ci n'offre aucun inconvénient. Il consiste en frictions circulaires très douces et en vibrations légères exécutées autour de l'utérus et dans le redressement graduel de cet organe s'il est dévié. L'action du massage est à la fois locale et générale.

Localement il supprime les œdèmes, mobilise les organes, rend la souplesse aux ligaments raidis. Il fait disparaître la congestion, la stase. C'est aux menaces d'avortement que ces dernières engendrent qu'il s'adresse.

Le massage a de plus un remarquable effet sur l'état général par le *réflexe dynamogénique*. Il retentit sur le cœur et sur les vaisseaux. Il active les fonctions organiques, notamment celles du foie et du rein. Les recherches de Huchard et Cautru et leur découverte du pouvoir diurétique du massage abdominal chez les cardiaques viennent à l'appui de la théorie du réflexe dynamogénique. L'excitation quotidienne des nerfs cardiaques accélérateurs, par l'éveil du réflexe abdominal, supprime les barrages veineux auxquels la grossesse expose les femmes et soulage le cœur.

La gymnastique est le succédané des massages. Ses effets sont moindres mais analogues. L'attitude des malades pendant les mouvements et les mouvements eux-mêmes, déterminent une dérivation sanguine extra-pelvienne et une vaso-constriction locale que le doigt peut percevoir sur certaines femmes.

Le massage est le traitement héroïque de la syncope par cardio-constriction, variété banale mais non connue de ce genre d'accidents. J'ai attribué ladite syncope à la parésie d'un territoire abdomino-pelvien d'où résulte l'oligémie du cœur, sa contraction et rétraction spasmodique consécutive et l'oligémie cérébrale. D'où syncope ou lipothymie. En malaxant légèrement à trois ou quatre reprises le paquet viscéral on supprime la parésie, on fait contracter les vaisseaux mésentériques, le cœur se remplit et le cerveau est de nouveau alimenté. Non seulement la syncope disparaît ainsi mais elle disparaît radicalement, ne laissant après elle aucun des malaises souvent prolongés qui en sont l'ordinaire conséquence.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Sur les consultations gratuites dans les hôpitaux.

Par le Dr Dorison. (1)

Des incidents récents et répétés ont appelé votre attention sur les consultations externes des hôpitaux où se présentent journellement des personnes aisées, riches même parfois, et vous avez nommé une commission chargée de rechercher les moyens propres à réserver l'Assistance médicale aux seuls indigents et de vous proposer les mesures jugées indispensables pour arriver à ce but.

Le principe de l'Assistance médicale réservée aux malheureux est nettement formulé par le décret du 15 novembre 1895 portant organisation à Paris de l'assistance à domicile; nous lisons en effet au Titre II, art. 30, deuxième alinéa : « Les malades *inscrits sur la liste des indigents ou reconnus nécessiteux* ont *seuls* droit à l'assistance médicale gratuite, sauf urgence. » Les arrêté du 2 mars et circulaires du 30 septembre 1895 sur les Réformes hospitalières, sans être aussi explicites, s'expriment ainsi (Arrêté du 2 mars, art. 11) : « Chacun des quartiers de Paris et chacune des communes du département de la Seine ayant passé un traité avec l'administration pour l'hospitalisation de ses malades *indigents* seront rattachés à un hôpital... »

D'ailleurs, le principe que nous invoquons dès le début de notre Rapport, et qui est trop souvent perdu de vue, à savoir que hospitalisation et consultations gratuites doivent être réservées aux malheureux, a été consacré d'une façon indiscutable par la loi du 15 juillet 1893 portant (art, 1er) que « tout Français malade, *privé de ressources*, doit recevoir gratuitement l'assistance médicale à domicile, ou, s'il y a impossibilité de soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier (1).

Nous ferons remarquer en passant que cette loi fait de l'hôpital le complément du traitement à domicile et non un organisme à part et indépendant dans l'administration de l'Assistance publique.

Le principe de la consultation gratuite réservée aux indigents et nécessiteux étant admis, il reste à examiner si l'Administration peut assurer, parmi les malades se présentant à la consultation, la distinction entre les pauvres et ceux qui ne le sont pas.

Aux dispensaires des bureaux de bienfaisance, la surveillante prend les noms et adresses des malades, dresse, pour chacun d'eux, une fiche spéciale qui est communiquée au bureau de bienfaisance, et des enquêteurs vont visiter ou doivent aller visiter ultérieurement les malades afin de s'assurer que ces derniers sont bien dans une situation telle que la gratuité des secours médicaux et pharmaceutiques s'impose ; la délégation permanente, qui se réunit chaque jour à la mairie, décide en dernier ressort.

Une personne non-indigente peut donc avoir une consultation gratuite, mais elle n'en obtiendra pas une deuxième, la surveillante du dispensaire étant immédiatement instruite des décisions de la délégation permanente.

Nous n'ignorons pas que les membres de la Délégation, qui sont très sévères lorsqu'il s'agit d'accorder des secours pécuniaires, sont généralement trop enclins à accorder la gratuité des services médical et pharmaceutique, comme si ce dernier, par exemple, ne coûtait pas infiniment plus cher à l'Administration en raison du prix des médicaments accordés qu'un simple secours en argent une fois payé ; on ne voit volontiers qu'un acte de philanthropie sans conséquence dans la concession du secours médical gratuit qui ne fait de tort qu'aux médecins, et on ne réfléchit pas assez que, la gratuité du médecin entraînant celle du pharmacien, les concessions injustifiées que l'on accorde à une foule de gens disposant de ressources modérées, je le reconnais, mais souvent suffisantes, grèvent considérablement le budget des vrais pauvres que l'on ne peut plus empêcher de mourir de faim, faute d'argent disponible.

Il est, en tout cas, certain que si, parmi les gens qui obtiennent la gratuité du service médical au bureau de bienfaisance, il s'en trouve qui disposent de quelques ressources, il n'y en a cependant pas un seul qui soit dans l'aisance, pour cette raison décisive que la consultation des dispensaires étant strictement régionale, les personnes aisées n'osent pas s'y présenter de peur d'être reconnues par les indigents de leur voisinage.

Ce dernier argument prime tous les autres, et, en effet, à l'hopital, dont la circonscription est beaucoup plus étendue que celle des dispensaires, où d'ailleurs, pourvu qu'on ne demande qu'une consultation, il est permis de se présenter, quel que soit le quartier que l'on habite (circulaire du 30 septembre 1895, troisième alinéa, p. 7), nous savons, de par les faits récents qui ont donné lieu au présent rapport et de par nos constatations personnelles, qu'un assez grand nombre de personnes aisées, riches même parfois, se présentent chaque jour sans vergogne, espérant bien n'être vues par personne qui les connaisse. On dit bien, pour excuser cette exploitation de l'Assistance publique... et des médecins, que l'on va à l'hôpital pour avoir l'avis d'un « prince de la science » ; mais, Messieurs, cette justification n'en est pas une pour qui sait que, depuis 1895, ce ne sont plus les chefs de service qui font les consultations hospitalières, ce ne sont même pas toujours les médecins dits des hôpitaux (anciennement du bureau central) puisque le réglement du 30 septembre 1895 prévoit la nomination directe par l'Administration d'assistants de consultation choisis parmi les médecins de la Ville qui ont passé par l'internat. En réalité, ce qu'on va chercher à l'hôpital, c'est une ordonnance gratuite ; eh bien ! cette ordonnance, il faut que les pauvres seuls l'obtiennent, de même que seuls ils obtiennent un bon de pain ou de soupe.

Et cependant, en réalité, Messieurs, ces derniers sont l'exception parmi les consultants de l'hôpital (1), la preuve

(1) Rapport présenté à la société médicale des Bureaux de bienfaisance au nom d'une commission composée de MM, Dufournier, Billon, Rotillon, G. Weil, Bois et Dorison.

(1) Nous rappellerons ici que les congrès nationaux d'assistance publique tenus à Lyon (1894) et à Rouen (1897), le conseil supérieur de l'Assistance publique ont voté des dispositions identiques sur les propositions des Drr Billon, Alb. Le Blond, Louis Gourichon et Porson. L'Administration professe la même théorie ; la preuve en est que le directeur a fait apposer dans les hopitaux des affiches indiquant que la consultation gratuite donnée dans ces établissements est réservée aux indigents.

(1) Comme, d'ailleurs, ils sont aussi l'exception parmi les gens qui jouissent du bénéfice de l'hospitalisation. Si nous nous reportons en effet au compte financier de 1897 de l'Assistance publique, nous constaterons que les hôpitaux ont accusé pour l'année 4.430.281 journées de malades ; or, le projet de budget de 1899 ne prévoit qu'une population indigente de 45.000 personnes (à Paris, bien en-

en est facile à donner : à l'hôpital, on n'accorde pas de médicaments, sauf dans quelques rares services spéciaux ; que veut-on donc que fasse un indigent d'une ordonnance s'il est obligé d'acheter les médicaments, lui qui ne peut pas toujours acheter du pain? Je sais qu'on me fera remarquer la possibilité qu'il a de présenter sa prescription au médecin du Dispensaire pour que ce dernier la transcrive sur la fiche jaune que vous connaissez ; mais nous prêterons-nous à ce métier de scribes, de secrétaires de MM. les assistants de consultation? Non certes, d'abord parce que ce serait une fonction humiliante pour des médecins et surtout pour des médecins nommés au concours ; ensuite parce que le voudrions-nous, que nous ne pourrions nous prêter à cette combinaison : il se peut en effet qu'une erreur soit commise à l'hôpital, erreur de diagnostic (qui n'en fait pas?) ou erreur matérielle, et que les médicaments ordonnés produisent des accidents toxiques ; or, le seul responsable sera le médecin sur la signature de qui les médicaments auront été délivrés, c'est-à-dire nous, ce qui serait intolérable ; jamais un médecin n'acceptera la responsabilité des prescriptions d'un confrère (1).

D'ailleurs, les malades eux-mêmes semblent le comprendre ; veuillez, en effet, rappeler vos souvenirs et chercher combien d'ordonnances hospitalières on vous a ainsi apporté à retranscrire ; vous en trouverez une, deux peut-être par séance, souvent pas du tout ; que sont donc devenues les autres ? Les autres, leurs détenteurs les ont portées à des pharmaciens de la ville pour exécution, ce qui dénote assez qu'ils ne sont pas indigents.

J'ai fait ainsi la preuve de ce que j'avançais :

1° Les personnes aisées peuvent se présenter à la consultation de l'hôpital.

2° De fait, il n'y a guère qu'elles qui usent de cette consultation destinée en principe aux malheureux.

Veuillez enfin considérer, Messieurs, que la consultation a été établie dans les hôpitaux à une époque où, les Dispensaires n'existant pas encore, les malheureux ne pouvaient obtenir de soins gratuits ailleurs. Aujourd'hui, il y a double emploi entre ces deux services de consultations et il ne serait pas inutile, pensons-nous, de supprimer celui des deux qui est le moins apte à rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre. Or, au Dispensaire, le malade trouve gratuitement médecin et médicaments, tandis qu'à l'hôpital il ne trouve que le médecin ; de plus, il existe deux Dispensaires par arrondissement, l'indigent en trouve toujours un près de soi, tandis que les hôpitaux, très irrégulièrement répartis dans la capitale, sont loin d'être toujours à la portée du plus grand nombre de ceux qui en ont besoin et qui y auraient droit. Enfin, le Dispensaire demeurera forcément réservé aux vrais pauvres, surtout si les règlements sont appliqués, tandis que l'hôpital, destiné à la même clientèle, est devenu peu à peu un établissement où les personnes aisées, qui peuvent seules se passer des médicaments gratuits, obtiennent des soins médicaux sans avoir à les payer ; nous croyons être, dans ces conditions, fondés à vous proposer la suppression de la consultation externe des hôpitaux (1).

Restent deux questions importantes à étudier dans le cas où nos conclusions seraient adoptées : 1° l'hospitalisation des indigents, hospitalisation qui se fait à la consultation externe des hôpitaux depuis la suppression du bureau central ; 2° les modifications à apporter dans le fonctionnement de nos Dispensaires, si, conformément à notre vœu, les 275.000 consultants des hôpitaux viennent s'adjoindre à nos 240.000 consultants actuels.

Hospitalisation. — La principale objection qui puisse être faite à notre projet de suppression de la consultation externe des hôpitaux est celle-ci : « Aujourd'hui que le bureau central est supprimé, les admissions à l'hôpital ne se font plus qu'à la consultation hospitalière ; si celle-ci est supprimée à son tour, où devront donc se présenter les malades pour entrer à l'hôpital? »

Les malades à recevoir à l'hôpital sont toujours de deux sortes : 1° les indigents et nécessiteux ;

2° Les gens qui, quoique non indigents, et ne ressortissant par conséquent pas au bureau de bienfaisance, n'ont cependant pas les moyens de faire les frais d'une maladie longue ou d'une opération.

Pour les premiers, la difficulté n'est pas sérieuse : les médecins du traitement à domicile ont déjà le droit de faire entrer directement leurs malades graves à l'hôpital ; il suffit d'élargir cette latitude et de décider que les médecins des bureaux de bienfaisance, c'est-à-dire du traitement à domicile et de la consultation seront, à l'avenir, les pourvoyeurs des hôpitaux ; il serait facile aux directeurs de ces établissements d'envoyer un de leurs garçons de service aux Dispensaires placés dans leur circonscription, qui serait déterminée en conséquence, et d'indiquer le nombre de lits disponibles. Craint-on que le nombre des malades envoyés par plusieurs Dispensaires distincts soit

tendu) ; si, à ces 45.000 individus, nous ajoutons un nombre égal ou à peine supérieur de nécessiteux, nous obtenons un total de 90 à 100.000 pauvres ; si ces derniers seuls obtenaient leur admission à l'hôpital, il faudrait admettre que *chacun d'eux* a eu une moyenne de 44 journées et demie d'hôpital en une seule année, ce qui est absurde ; la conclusion s'impose donc : la majeure partie des clients de l'hôpital n'est pas composée de pauvres.

(1) On ne peut, pour éviter l'inconvénient signalé, songer à autoriser les pharmaciens municipaux à délivrer directement les médicaments ordonnés dans les hôpitaux, car les médecins consultants de ces établissements prescrivent sans s'inquiéter de notre nomenclature qu'ils ne connaissent pas ; or, un grand nombre d'agents thérapeutiques figurant au Codex et prescrits journellement à l'hôpital, manquent à la pharmacie municipale et y manqueront encore après la prochaine revision de la nomenclature.

On ne peut d'ailleurs songer à autoriser les pharmaciens à délivrer des succédanés, car, ce droit, la plupart des médecins eux-mêmes n'oseraient le prendre en raison des dangers qui en seraient la conséquence.

(1) Nous n'avons pas cru devoir établir de distinction entre les consultations de médecine et de chirurgie, car les malades dits blessés ont une petite ou une grande opération à subir ; la petite peut et doit évidemment être faite dans les dispensaires, puisqu'on a doté ces derniers d'une salle d'opérations et de pansements, et qu'on y a installé un arsenal chirurgical sans doute pour que nous nous en servions. Il n'y a pas lieu d'ailleurs de s'arrêter aux préférences de médecins qui n'aiment pas se servir du bistouri, sinon chacun de nous pourrait, à son gré, ne pas vouloir faire d'examens gynécologiques, d'accouchements, etc.

Quant aux grandes opérations, elles ne doivent évidemment pas plus se faire à la consultation externe des hôpitaux qu'au dispensaire, et, c'est par erreur qu'un assistant de consultation de chirurgie, fût-il chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté, croirait pouvoir faire à la consultation des opérations de quelque importance.

Il en est de même des pansements qui, simples, doivent être faits aux dispensaires, compliqués (pose d'appareil, etc.) doivent être confiés aux services hospitaliers.

encore supérieur au nombre total des places libres? Actuellement, les hôpitaux ont une circonscription limitée, basée sur le nombre moyen des malades de cette circonscription: il suffirait de généraliser cette règle et de répartir les places de l'hôpital entre les Dispensaires régionaux, au prorata du nombre moyen de leurs malades.

La pratique viendrait bientôt à bout des difficultés du commencement et la nouvelle répartition ne serait pas plus difficile à opérer qui ne l'a été celle adoptée en 1895 qui, après avoir provoqué tant de révoltes et de colères, est parvenue cependant à être admise par tout le monde.

Le Directeur ferait connaître le matin au médecin de chaque Dispensaire le nombre de lits vides pouvant être donnés à ses malades indigents ; et tout serait dit.

Quant aux malades plus aisés, qui remboursent leurs journées de séjour à l'hôpital, ils pourraient se rendre directement à la maison municipale de santé et à d'autres établissements de même genre, dont la création s'impose malgré les projets récemment émis de désaffectation de la maison Dubois. L'interne de garde les examinerait et les recevrait directement, s'il y avait lieu ; dans le cas contraire, ces malades rentreraient chez eux, pour y être soignés comme avant.

Nous ne craignons pas d'appeler votre attention sur la nécessité qui s'impose aux autorités compétentes de se préoccuper des petites bourses, car un malade qui n'est pas nécessiteux, mais ne jouit que de ressources limitées, comme tant de modestes employés, ne peut pas se payer le luxe d'une opération dont les frais s'élèvent souvent à plusieurs milliers de francs ; c'est pour ces malades que la maison Dubois a été créée et c'est pour eux que son maintien et même le développement d'établissement similaires s'imposent à notre avis. Les malades de cette catégorie seraient tenus de rembourser INTÉGRALEMENT à l'Assistance publique le prix de leurs journées d'hôpital, et pourraient être opérés et soignés par les médecins ou chirurgiens des hôpitaux, moyennant une somme modique.

Je n'insiste pas davantage sur ce point particulier qui n'est plus de notre ressort, mais dont j'ai dû parler pour prévoir les objections qui peuvent être opposées à notre système.

Réorganisation des Dispensaires. — J'en arrive maintenant au dernier chapitre de cette étude, la réorganisation de nos Dispensaires.

J'ai donné incidemment, plus haut, le nombre moyen des malades qui consultent annuellement aux hôpitaux : il est d'environ 275,000 ; or, Messieurs, nous avons déjà signalé à l'Administration la difficulté que nous avons d'assurer dès maintenant le service de nos consultations avec les ressources mises à notre disposition.

Il est évident que la situation s'aggraverait du fait que le nombre de nos malades quotidiens, qui atteint 80, 90 et 100, dans certains de nos Dispensaires, se trouverait doublé.

Permettez-moi, pour arriver à des conclusions pratiques, de vous rappeler comment sont organisés les services de consultation : 1° à l'hôpital, 2° aux dispensaires des bureaux de bienfaisance.

A l'hôpital, la circulaire du 30 septembre 1895 a réglé ainsi qu'il suit cette organisation.

Un médecin, dit des hôpitaux (anciennement du Bureau Central) ou un médecin, ancien interne des hôpitaux, dit Assistant de consultation, nommé par le Directeur de l'Assistance publique, sont à la tête du service ; ils sont éventuellement remplacés par un médecin dit suppléant-assistant.

Ces médecins reçoivent une indemnité fixe de 5 ou 10 francs par séance, selon que l'hôpital où ils opèrent est considéré comme central ou excentrique.

Un personnel de consultation leur est adjoint :

1° Deux externes des hôpitaux.

2° Un ou deux infirmiers (deux pour les consultations de chirurgie) et 3° un comptable chargé des écritures administratives.

Des indemnités sont d'ailleurs accordées au personnel subalterne (circul. du 30 sept. 1895, p. 6, alinéa 2).

Dans les Dispensaires, un médecin nommé au Concours est chef du service ; on lui alloue 600 francs par an, soit 3 fr. 85 par séance, un peu moins de 0 fr. 10 en moyenne par malade.

Il lui est adjoint :

1° Une surveillante pour les écritures administratives ; 2° la concierge du Dispensaire, comme femme de service.

Le médecin doit donc examiner 20, 30, 100 malades par séance, suivant l'arrondissement, écrire lui-même un nombre égal d'ordonnances et autant d'instructions, qui doivent être d'autant plus détaillées qu'elles sont destinées à des personnes généralement sans instruction et ne comprenant pas toujours facilement les instructions verbales. Ce travail fastidieux, qui pourrait aisément être confié à d'autres qu'au médecin lui-même, fait perdre à ce dernier un temps tel qu'il lui est matériellement impossible, dans le plus grand nombre des arrondissements parisiens, d'examiner les malades, à moins qu'il ne veuille s'exposer aux reproches qu'ont adressés les maires à plusieurs d'entre nous : votre consultation, nous dit-on, dure trop longtemps ; efforcez-vous de *faire aussi bien mais plus vite* ; il est vrai que l'Administration exige encore de nous que nous appliquions les ventouses, les ventouses scarifiées, les pointes de feu, que nous fassions les petites opérations qui se présentent, que nous examinions les femmes enceintes, etc., etc., sans parler, bien entendu, des pansements que les surveillantes doivent savoir faire.

Mais là ne se bornent pas nos tracas : il faut, le plus souvent, que nous préparions nous-même ce qui nous est nécessaire pour ces opérations, que nous désinfections nos instruments, et quand tout sera prêt enfin, nous aurons pour nous servir d'aide une femme que la vue de la première goutte de sang fera pâmer.

Voilà, Messieurs, notre situation actuelle dans les Dispensaires de l'Assistance publique ; et, cependant, il serait bien facile de la modifier à peu de frais.

On a donné des élèves à MM. les pharmaciens municipaux qui avaient déjà des garçons de Laboratoire ; on a donné des externes aux assistants de consultation des hôpitaux, comme en avaient autrefois les médecins du bureau central ; pourquoi n'en adjoindrait-on pas aujourd'hui aux médecins des Dispensaires de l'assistance publique (1)?

(1) Il reste bien entendu que ce ne sont pas des « élèves » que nous demandons, mais des auxiliaires, au même titre qu'en possèdent tous les services hospitaliers qui ne sont ni cliniques ni cliniques annexes ; là, les externes sont répartis pour la bonne exécution du service général des malades confiés à l'Assistance publique; c'est au nom des mêmes malades et de la même administration que nous en réclamons pour les Dispensaires.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu de craindre qu'on ne trouve pas d'élèves pour nos services, car il y aura toujours des candidats à l'internat en surnombre et on sait qu'il faut être externe pour être admis au concours de l'internat; il suffira donc d'imposer à quelques-uns d'entre eux l'obligation de servir pendant deux ou trois mois dans les Dispensaires. Ce sont là des aides tout désignés qui ne grèveront en rien le budget de l'Assistance publique et qui rendront les plus grands services en écrivant, sur nos indications, ordonnances et instructions qu'ils soumettront ensuite à notre signature, en préparant les petites opérations pour lesquelles ils nous serviront d'aides, en examinant au besoin les malades anciens, afin de permettre au médecin chef du service de suivre de près l'état de ses clients. Le service général gagnerait beaucoup si cette modification était adoptée, car le médecin serait délivré du surcroît de ses occupations actuelles, les malades seraient mieux et plus souvent examinés, la durée de la consultation serait sensiblement diminuée, ce qui est un avantage appréciable puisqu'il s'agit ici de gens ayant besoin de tout leur temps pour gagner le pain de leur famille; enfin l'externe lui-même apprendrait à se débrouiller devant les malades, et, jusqu'à un certain point, à formuler.

Est-il nécessaire d'ajouter qne le nombre des externes à affecter à chaque Dispensaire devrait varier suivant le nombre moyen des malades?

Il nous reste, sur ce chapitre, à exprimer le vœu de voir des consultations spéciales pour les yeux, le nez, les oreilles, la peau, les dents, etc., être créées (1); ces services spéciaux nous éviteraient d'encombrer les services d'ophtalmologie, de laryngologie, etc., des hôpitaux où nous sommes bien obligés actuellement d'envoyer nos malades justiciables de ces spécialités pour les faire soigner et leur faire délivrer des certificats qui sortent de notre compétence (encore faut-il remarquer que ces certificats ne servent qu'à éclairer notre religion, puisque les administrateurs des bureaux de bienfaisance ne les admettent pas et nous obligent à les recopier en en prenant par conséquent la responsabilité).

Un dernier mot, Messieurs, et j'en arrive aux conclusions de notre travail. Nous avons déjà représenté à M. le Directeur de l'Assistance publique combien la situation des médecins-consultants des Dispensaires est précaire et disproportionnée avec leur rôle social; permettez-moi d'établir une fois de plus la comparaison des traitements du personnel de ces établissements.

Le pharmacien municipal, nommé sans concours par l'administration, reçoit un traitement de 3.200 à 3.600 francs suivant sa classe; il est logé, ce qui représente bien un supplément de 12 à 1 500 francs, étant donnés les appartements mis à la disposition de ces Messieurs. Le pharmacien peut donc être considéré comme recevant une solde annuelle de 4 500 à 5.300 francs.

La surveillante touche de 1.800 à 2.000 francs; elle est, de plus, logée dans les mêmes conditions que le pharmacien; ses émoluments peuvent donc être évalués annuellement à un total de 3.000 à 3 500 francs.

(1) Les medecins qui seraient appelés à diriger ces services pourraient subir le même concours que les autres médecins des Bureaux de bienfaisance et ils se spécialiseraient ultérieurement comme l'ont fa t les médecins des hôpitaux qui sont actuellement à la tête des services d'ophtalmologie, de laryngologie, etc.

Le médecin, assistant de consultation de l'hôpital, reçoit de 5 à 10 francs par consultation, soit 780 ou 1.560 pour 156 consultations par an (nombre des consultations données dans les Dispensaires); ce qui est déjà sensiblement inférieur aux appointements du personnel subalterne. Quant au médecin du Dispensaire, lui, il reçoit 600 francs par an. Je n'insiste pas.

Arrivé à ce point de mon travail, je vais avoir l'honneur, Messieurs, de vous soumettre les conclusions qui en découlent en vous priant de les adopter si elles répondent à vos vues.

Conclusions.

La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance, considérant que la consultation externe des hôpitaux :

1° Ne permet pas de faire, parmi les personnes qui s'y présentent, le triage des indigents qui seuls ont droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits;

2° Ne se justifie plus comme autrefois par la présence des chefs de service eux-mêmes;

3° Fait, depuis la création des Dispensaires, double emploi avec la consultation des Bureaux de bienfaisance, sans avoir les avantages de ces derniers qui donnent gratuitement les médicaments; ce qui revient à dire que la consultation hospitalière n'est utile qu'aux gens pouvant acheter leurs médicaments, soit, en fait, à toutes autres personnes que celles pour qui cette consultation a été créée.

Emet le vœu :

1° Que la consultation externe des hôpitaux soit supprimée;

2° Que l'admission des malades à l'hôpital soit prononcée par les médecins des Bureaux des bienfaisance, sauf certains cas (urgence, etc.) à prévoir dans le Règlement.

II. La dite Société considérant que le service des Dispensaires est à peu près impossible à assurer convenablement, même dans les conditions actuelles,

Emet le vœu :

1° Que des externes en nombre suffisant soient mis à la disposition des médecins chefs de service, pour aider ces derniers dans l'accomplissement de leur mission;

2° Que tous les médicaments inscrits au Codex et le lait figurent à la nomenclature des Bureaux de bienfaisance (1); que les médecins soient autorisés à en prescrire des doses suffisantes pour éviter aux malades des pertes de temps et des dérangements continuels; que les bains puissent être prescrits au moins à la consultation des maladies de la peau dont il va être question.

3° Que des dispensaires généraux dépendant des bureaux de bienfaisance soient créés pour les maladies de la peau, des yeux, des oreilles, du nez, des dents, etc., avec des médecins spécialistes et des dentistes à leur tête. Cette création permettrait aux médecins des dispensaires ordinaires d'envoyer à ces spécialistes ceux de leurs malades atteints des maladies précitées, soit pour y être traités, soit pour s'y faire délivrer les certificats administratifs.

4° Que l'indemnité des médecins de la consultation des dispensaires soit relevée et égalisée au moins à celle qui

(1) Comme ils figurent (sauf le lait) à la Nomenclature des Hôpitaux (voir *Nomenclature des denrées, matières et objets à fournir aux hôpitaux et hospices*, de la page 94 à la page 101). Les médecins soignant les malades à domicile ont les mêmes besoins que les médecins soignant ces mêmes malades à l'hôpital, on ne voit donc pas bien pourquoi la nomenclature des médicaments à accorder n'est pas la même dans les deux cas.

est allouée actuellement aux médecins de la consultation des hôpitaux.

ANNEXE

Organisation de l'Assistance publique à Rouen. — La Commission qui dirige les bureaux de bienfaisance et celle qui administre les hospices civils sont composées des mêmes membres, de là unités de vue complète et suppression de toute cause de conflits.

Sauf le cas d'urgence où le malade peut se présenter directement à l'hôpital, c'est le médecin du bureau de bienfaisance qui, lors de la première consultation, fait connaître si le malade doit être traité au dispensaire, à domicile ou à l'hôpital.

Le bureau de bienfaisance a pour objet :

1° De donner des secours en argent et en nature aux indigents et nécessiteux valides ;

2° D'assurer, en cas de maladie, le traitement médical :

a). Dans les dispensaires, quand les malades peuvent sortir de chez eux ;

b). A domicile quand la maladie plus sérieuse ne doit cependant pas être de trop longue durée ou quand le malade refuse d'entrer à l'hôpital ;

c). A l'hôpital, quand le malade doit subir une opération ou bien être traité pour une affection de longue durée ou contagieuse.

3° De recueillir à l'hospice les malheureux qu'une infirmité incurable place sous la tutelle définitive de l'Assistance publique.

Nous constatons ainsi qu'on fait, à Rouen, une heureuse et exacte application de la loi du 15 juillet 1893, qui décide (art. 1er) que : « *Tout Français malade*, **privé de ressources**, *doit recevoir gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou,* **s'il y a impossibilité de soigner utilement à domicile,** *dans un établissement hospitalier* ».

Ce sont donc les médecins des bureaux de bienfaisance, médecins des pauvres, qui sont les pourvoyeurs naturels des hôpitaux, établissements créés pour le traitement des pauvres.

Les enquêtes sur les indigents qui demandent, soit l'assistance médicale, soit des secours pécuniaires, sont faites sérieusement et la Commission administrative y tient la main en déléguant un de ses membres dans chacune des circonscriptions en lesquelles la Ville est divisée ; l'unité de vues et l'identité des modes de procéder sont ainsi assurées.

Le même médecin est chargé, dans sa circonscription, de faire la consultation au dispensaire et les visites à domicile, de sorte que les malades ne sont pas exposés à des changements perpétuels de traitements suivant que leur état leur permet ou non de sortir.

Le bureau de bienfaisance donne les médicaments, les bains simples, médicamenteux et de vapeur, les douches, le lait et même des aliments quand le médecin juge nécessaire d'accorder des aliments spéciaux que le malade ne peut acheter ; enfin des sages-femmes et un dentiste sont adjoints aux dispensaires.

Grâce aux dispositions qui précèdent, les consultations hospitalières ont été supprimées et les médecins-chefs de service qui peuvent bien donner, dans leurs salles, des consultations quand ils le désirent, n'ont plus le droit de délivrer un seul billet d'entrée à l'hôpital. Par réciprocité, les dispensaires qui ont confié leurs malades graves à l'hôpital les recueillent à leur sortie et leur assurent soins et secours et, si besoin est, logement, jusqu'à la fin de leur convalescence.

Le Formulaire des hôpitaux de Paris est en usage dans les dispensaires en vertu de ce principe que les médicaments qui sont utiles aux malades à l'hôpital ne le sont pas moins aux mêmes malades soignés en ville.

Nota. — Nous n'avons qu'une omission à signaler dans la remarquable organisation de l'Assistance publique à Rouen, c'est le défaut dans les dispensaires de spécialistes pour les maladies de peau, des yeux, du nez, etc.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le deuxième concours des hôpitaux de Paris (médecine) a commencé lundi 24 avril. Le sujet de la composition écrite a été : *Phtisie fibreuse d'origine bacillaire*. Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Poumon des diabétiques* ; *Foie des diabétiques*.

Le jury est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Potain, Guyot, Letulle, Brault, Marie, Richardière, Routier.

La lecture des copies a lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à la Charité, sauf le mercredi.

Voici l'ordre de lecture :

MM. Belin, Brodier, Springer, Pignol, Tissier, G. Papillon, Gouget, Pissavy, Bensaude, Macaigne, Thérèse, Enriquez, Potier, Thiercelin, Kuss, Ch. Lévi, Claude, Gallois, Baumé, de Massary, Legry, Veillon, Soupault, Mangin-Bocquet, Bruhl, Bergé, Laffitte, Michel, Thomas, Carnot, Sergent, F. Bezançon, Achalme, Leredde, Sallard, P. Papillon, Sée, Zuber, Tollemer, L. Lévi, Dufour, Gasne, Renault, Phulpin, Marie, Boix, Fournier, Londe, Hudelo, Kahn, Auscher, Plicque, de Grandmaison, Auclair, Apert, Teissier, Brouardel, Philippe.

Concours pour deux places de Prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour entrer en fonctions : l'un le 1er novembre 1899, et l'autre le 1er novembre 1900.

Ce concours sera ouvert le vendredi 28 juillet 1899, à quatre heures, à l'Amphithéâtre d'Anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 26 juin jusqu'au samedi 8 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Conseil Supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique se réunira, en session ordinaire, le mardi 16 mai prochain, à 9 heures et demie du matin, à l'Institution nationale des jeunes aveugles, 56, boulevard des Invalides, sous la présidence de M. Jules Legrand, sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur.

Les séances auront lieu tous les matins à 9 heures et demie et le soir à 3 heures, sans autre convocation.

Ordre du jour : 1° Election du président et de deux vice-présidents ; 2° Paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux (M. le Dr Régnard, inspecteur général, rapporteur) ; 3° Projet de programme de l'enseignement professionnel des infirmiers et infirmières des établissements hospitaliers (M. le Dr Faivre, secrétaire de la 2e section, rapporteur) ; 4° Hospitalisation des mutualistes (M. Ogier, inspecteur général, rapporteur) ; 5° Organisation de l'assistance aux enfants des familles indigentes

(M. Emile Rey, député, rapporteur) ; 6° Patronage des enfants sortis des établissements pénitentiaires (M. Ogier, rapporteur) ; 7° Dépôts de mendicité (M. Cruppi, député, rapporteur) ; 8° Projet de règlement sur la tenue de la comptabilité des économes dans les établissements publics d'assistance (M. Chabanel, directeur de l'asile national du Vésinet, rapporteur) ; 9° Demandes formées par les communes, en vertu de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 (M. Rondel, secrétaire de la 4e section, rapporteur) ; 10° Rapport du secrétaire général sur l'état des affaires soumises au Conseil.

Corps de santé militatre. — Par décision ministérielle, en date du 11 avril 1899, les arrondissements d'inspection générale du service de santé militaire ont été arrêtés ainsi qu'il suit pour 1899, et répartis comme ci-après entre MM. les inspecteurs généraux :

Ier arrondissement : gouvernement militaire de Paris, moins les corps de troupes des 2e, 3e, 4e et 5e corps d'armée stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; brigade d'artillerie de Vincennes ; écoles supérieure de guerre, d'application du service de santé militaire, polytechnique, spéciale militaire, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet, orphelinat Hériot, laboratoire de la section technique de l'intendance ; usine alimentaire de Billancourt ; poudrerie du Bouchet ; école de santé militaire : — 13e corps d'armée ; école militaire préparatoire de l'artillerie et du génie à Billom. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement : 10e, 6e et 20e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

IIIe arrondissement : 3e, 4e et 18e corps d'armée ; divisions d'infanterie des 3e et 5e corps d'armée stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; 3e brigade d'artillerie à Versailles ; prytanée militaire ; école militaire préparatoire des Andelys. — M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

IVe arrondissement : 5e et 9e corps d'armée ; divisions d'infanterie du 5e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement de Paris, école d'application de l'artillerie et du génie ; école d'application de cavalerie ; école militaire d'infanterie. — M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'école d'application du service de santé militaire.

Ve arrondissement : 16e et 17e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

VIe arrondissement : 19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

VIIe arrondissement : 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon ; 15e corps d'armée ; école militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort. — M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur de l'école de santé militaire.

VIIIe arrondissement : 7e, 8e et 12e corps d'armée ; direction de l'artillerie de Bourges ; école militaire préparatoire de cavalerie d'Autun, — M. le médecin-inspecteur Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée,

IXe arrondissement : 1er, 2e et 11e corps d'armée ; régiments d'infanterie du 2e corps d'armée stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; école militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer. — M. le médecin-inspecteur Gentit, directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

Arrondissement pharmaceutique : 2e, 3e, 4e, 8e, 9e 10e et 11e corps d'armée. — Le pharmacien-inspecteur Buriker, membre du comité technique de santé.

A ce propos on lira avec intérêt les justes réflexions formulées par notre ami le Dr Noël dans le *Bulletin Medicale*.

« On voit, d'après ce tableau, que l'inspecteur résidant à Châlons est envoyé à Nantes, celui de Bordeaux au Mans et à Rouen, celui de Paris à Montpellier et à Toulouse, celui de Besançon à Limoges, celui de Lille à Rennes ! etc.

Ce chassé-croisé n'est pas le fait d'une inattention ou d'une erreur; il est intentionnel. Il n'y a, en effet, de rémunérateur dans les inspections que *le tarif kilométrique de l'indemnité*. Donc, la meilleure répartition des arrondissements d'inspection — au point de vue des inspecteurs, s'entend — est celle qui donne à chaque inspecteur *le plus de kilomètres à parcourir* !

On devrait bien finir par comprendre en haut lieu que les intérêts du service, ceux du Trésor, ceux des médecins militaires appellent la fin d'un semblable état de choses et que les inspections doivent être faites au point de vue des *inspectés*, non à celui des inspecteurs.

Et s'il nous était permis, en terminant, d'émettre un vœu, nous souhaiterions que notre modeste voix montât jusqu'au septième... ciel, qu'elle fut entendue du Père Eternel et que, grâce à sa toute-puissance, l'inspection médicale soit désormais *rationnelle* au lieu de rester *kilométrique* ! »

Concours pour l'admission a l'emploi de médecin stagiaire a l'ecole d'application du service de santé militaire. — (7e direction, hôpitaux). — Ce concours s'ouvrira le 18 décembre prochain, à 8 heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine aux emplois de médecins stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 26 ans au 1er janvier 1899 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e cl., au moins ;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Le service militaire et les dentistes. — La profession de dentiste ne dispense pas du service militaire de trois ans ; mais, au chapitre V du décret du 13 mars 1893, article 26, il est dit :

« Peuvent réclamer le bénéfice du paragraphe 3 de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, les jeunes gens des catégories suivantes : ciseleurs, graveurs sur métaux... fabricants d'instruments de précision et de chirurgie. »

Or, l'autorité militaire refuse, texte en main, la dispense à quiconque se fait inscrire comme *mécanicien dentiste*, mais, toujours texte en main, l'accorde sans la moindre difficulté à ceux qui, plus habiles, se présentent comme *fabricants d'instruments de précision et de chirurgie*.

Internes des asiles d'aliénés. — Le banquet annuel de l'Association des internes et anciens internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine, aura lieu le lundi 8 mai à 7 heures et demie du soir, au restaurant Marguery, boulevard Poissonnière, sous la présidence du Dr Vallon, médecin de l'asile de Villejuif.

A 6 heures et demie, Assemblée générale.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre 1899. A la même époque, l'Association britannique tiendra sa session à Douvres. Il a été décidé que les deux Sociétés se recevraient mutuellement et qu'il y aurait des séances communes des deux côtés du détroit. L'Association française attacherait le plus grand prix à la présence et à la participation active du plus grand nombre de congressistes.

Adresser les titres des communications au secrétariat du conseil, 28, rue Serpente, à Paris.

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu le dimanche 23 avril dernier, sa soixantesixième assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 73.132 fr., dont 16.345 fr. fournis par les cotisations, 17.206 fr. par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 5 sociétaires, 58 veuves ou familles de sociétaires, enfin, 37 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 2 pensions viagères de 1.200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50.000 fr. Une somme de 19.600 fr. a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; secrétaire général, M. Barth.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Dans sa séance du 13 avril 1890, la Société obstétricale, spécialement réunie, a pris les résolutions suivantes :

1° La Société obstétricale et gynécologique de Paris est dissoute;

2° Le trésorier a pleins pouvoirs pour liquider la situation financière.

3° Les membres présents expriment le vœu qu'une commission soit nommée à l'effet de rechercher les moyens de constituer une Société de gynécologie ouverte, à laquelle ils abandonnent les archives et collections de la Société obstétricale.

Ils nomment membres de cette commission, MM. Reynier, Doléris, Olivier et Caubet.

Dans le cas où cette Société ne serait pas constituée le 1er juillet prochain, les archives seraient remises à la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

Le curé de Sens. — Après trois audiences, le tribunal de Sens vient de condamner l'abbé Krug, directeur de l'Institut orthopédique, à 500 francs d'amendes et aux dépens, pour exercice illégal de la médecine.

Le Dr Salmon, qui servait à l'abbé Krug de couverture légale, a été condamné pour blessures par imprudence et négligence, à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, en ce qui concerne la prison.

Loi interdisant le mariage aux personnes atteintes de graves maladies. — Une loi qui interdit le mariage aux personnes atteintes de maladies graves est, d'après le *Medical and Surgical Review of the Reviews*, proposée au Parlement de Pensylvanie. Ces maladies sont les suivantes : la syphilis, la gonorrhée, l'epilepsie, la dipsomanie, la tuberculose, la folie héréditaire, la folie. L'Etat du Texas a déjà prohibé les mariages d'épileptiques ; le Massachusetts, celui des épileptiques, des alcooliques et des syphilitiques. L'Ohio et le Maryland sont en train de consacrer les mêmes prohibitions que la Pensylvanie.

Médecine et harmonie. — *La France du Sud Ouest* public l'information suivante : « Le Dr Gailleton, maire de Lyon, grand officier de la Légion d'honneur, s'est marié, cette semaine, avec Mlle Senocq, professeur de piano au Conservatoire. Le Dr Gailleton, qui est âgé de soixante et onze ans, était veuf d'un premier mariage et père de deux fils et d'une fille. »

Exercice illégal de la médecine par une sage-femme. — Mme *Boulmer* vient de se faire condamner par le tribunal de Lille à 200 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine. C'est la seconde fois que cette sage-femme est condamnée pour ce motif. Tout le monde sera surpris de l'extrême indulgence des juges permettant à Mme Boulmer de « s'en tirer » avec 200 francs d'amende et quelques menus frais occasionnés par l'achat des bouquets qu'elle a dû *s'offrir* au cours du procès (*Nord médical*).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Le Sourd (Ernest. Paul), ancien chirurgien de la marine, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, décédé le 1er mai à l'âge de 65 ans. M. le Sourd dirigeait depuis trente-cinq ans la *Gazette des hopitaux* qu'il tenait en héritage de son père et, loin de laisser péricliter ce journal, il l'avait plutôt fortifié et rajeuni par le choix judicieux de ses collaborateurs. Il laisse cinq fils dont deux actuellement internes des hopitaux qui ne manqueront certainement pas à la tradition paternelle.—Le Dr Cherbuliez de Saacy (Seine-et-Marne) décédé à l'âge de 38 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire des eaux minérales. — (Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux établissements hydrothérapiques et bains de mer). — Edition 1899, corrigée et augmentée, publiée sous la direction du Dr G. Morige, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. — Prix du volume, 1 fr.50 à la librairie Maloine, 21, place de l'Ecole de Médecine, Paris ou au bureau de la *Gazette des Eaux*, 1, rue Bausset, Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*